

Bilaterální laparoskopická adrenalektomie pro metachronní metastázy renálního karcinomu

Bilateral laparoscopic adrenalectomy for metachronous adrenal metastases of renal cell carcinoma

Oliver Straka, Zdeněk Staněk

Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Došlo: 3. 12. 2018

Přijato: 15. 2. 2019

Kontaktní adresa:

MUDr. Oliver Straka

Urologické oddělení, Nemocnice

České Budějovice, a. s.

Volejbalistů 1782 / 9370 01 České Budějovice

e-mail: oliver.straka@gmail.com

Střet zájmů: Žádný.

Prohlášení o podpoře:

Nezávislý článek.

SOUHRN

Straka O, Staněk Z. Bilaterální laparoskopická adrenalektomie pro metachronní metastázy renálního karcinomu.

Prezentujeme případ simultánní oboustranné laparoskopické adrenalektomie u pacienta s bilaterálními adrenálními metastázami renálního karcinomu po levostranné radikální laparoskopické nefrektomii.

Bilaterální metachronní adrenální metastázy renálního karcinomu jsou velmi vzácné. V článku prezentujeme případ 64letého muže, který podstoupil levostrannou radikální laparoskopickou

nefrektomii pro renální karcinom. Dva roky po operaci byla u pacienta na CT diagnostikována oboustranná suspektně maligní léze nadledvin. Pacienta jsme indikovali k simultánní bilaterální laparoskopické adrenalektomii. Histologicky byly prokázány oboustranné metastázy renálního karcinomu. Operační výkon proběhl bez komplikací, pacient byl propuštěn pátý pooperační den v dobrém stavu s kortikoidní substitucí. Laparoskopická bilaterální adrenalektomie se v dané indikaci jeví jako bezpečně proveditelná metoda.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adrenalektomie, laparoskopie, metastázy, renální karcinom.

SUMMARY

Straka O, Staněk Z. Bilateral laparoscopic adrenalectomy for metachronous adrenal metastases of renal cell carcinoma.

In this article we present a patient with bilateral adrenal metastasis of renal carcinoma who underwent simultaneous bilateral laparoscopic adrenalectomy after left radical laparoscopic nephrectomy.

Simultaneous bilateral adrenal metastasis of renal cell carcinoma are very rare. In this article, we present a case of a 64 years old male who underwent left radical nephrectomy for renal cell carcinoma.

noma. After 2 years CT scan revealed a suspected malignant mass in both adrenal glands. The patient then underwent simultaneous bilateral laparoscopic adrenalectomy. Histopathologic assesment revealed renal cell carcinoma metastasis in both adrenal glands. The operation was without complication, the patient was discharged after 5 days, in good condition with corticosteroid substitution. Bilateral laparoscopic adrenalectomy seems to be a feasible and safe procedure in this indication.

KEY WORDS

Adrenalectomy, laparoscopy, neoplasm metastasis, renal cell carcinoma.

.....

ÚVOD

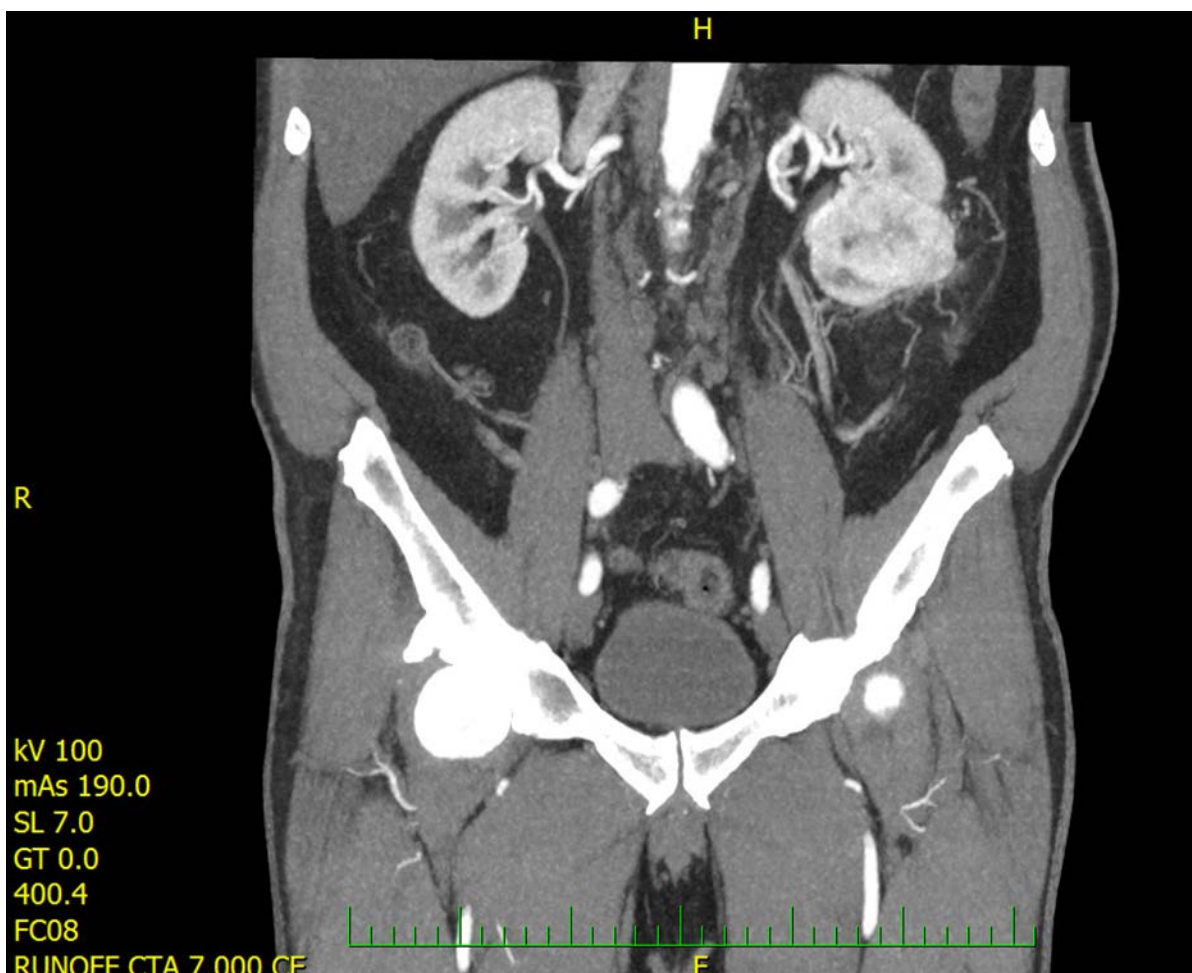
Renální karcinom (RCC) představuje 2–3 % z celkového počtu všech zhoubných tumorů, s vyšší incidencí v západních vyspělých krajinách. Vyskytuje se častěji u mužů v poměru 1,5 : 1, vrchol incidence je mezi 60–70 lety (1). Česká republika patří mezi země s nejvyšším výskytem RCC na světě. V roce 2016 dosáhla incidence 38,5/100 000 obyvatel u mužů a 22,4/100 000 u žen (2). Základní léčbou lokálního onemocnění je parciální nebo radikální nefrektomie. Přibližně třetina pacientů má v době diagnózy vzdálené metastázy (3). Renální karcinom může tvořit metastázy téměř v každém orgánu, nejčastěji metastazuje do plic, kostí, jater a mozku (4). Incidence ipsilaterálních adrenálních metastáz se pohybuje mezi 3–5 %, výskyt kontralaterálních metastáz je 0,7 %. Nález současných bilaterálních metastáz nadledvin při absenci jiných metastatických ložisek je velmi vzácný (< 0,5 %) (5). V kazuistice prezentujeme pacienta, který podstoupil simultánní bilaterální laparoskopickou adrenalectomii pro metastázy RCC.

KAZUISTIKA

V lednu 2016 byl na naše pracoviště referován 64letý polymorbidní muž s nálezem 6 cm

centrálního tumoru dolní třetiny levé ledviny, bez známek generalizace. Nádor byl náhodně zastižen na CT angiografii z chirurgické indikace před perkutánní angioplastikou levé povrchové femorální tepny. U pacienta jsme indikovali a provedli laparoskopickou radikální nefrektomii vlevo šetřící levou nadledvinu. V dolním pólu ledviny bylo přítomné prokrvácené žlutooranžové solidní tumorózní ložisko průměru 6,5 cm. Histopatologické vyšetření prokázalo kolizní tumor tvořený papilárním renálním karcinomem typ I a světlobuněčným renálním karcinomem nukleární grade II. Invaze do krevních ani lymfatických cév nebyla zastižena, maligní nádorové struktury se nešířily do vazivového pouzdra ani do ledvinné pánvičky. Kolizní tumor je velmi vzácný histologický nález charakterizovaný přítomností dvou na sebe naléhajících nádorů různého histologického typu tvořících jednu solidní lézi. Prognóza kolizních nádorů je determinovaná komponentou s vyšším gradem, v tomto případě světlobuněčným renálním karcinomem (6). Na předoperačním CT popsal radiolog maligní tumor levé ledviny s centrální nekrózou, nebyla vyslovena suspekce na kolizní typ nádoru.

Při onkourologické dispenzární kontrole bylo v únoru 2017 provedeno CT břicha s nálezem expanze levé nadledviny 22 × 17 mm. Radiolog popsal ložisko jako suspektní z metastázy, byla doplněná pozitronová emisní tomografie (PET/CT), kde byla expanze levé nadledviny popsána jako spíše benigní, bez zvýšené metabolické aktivity. Jako suspektně maligní bylo naopak popsáno hypermetabolické ztlustění stěny colon transversum. Pacient následně podstoupil kolonoskopii a endoskopickou polypektomii s histologickým nálezem high grade adenomu. Původně jsme plánovali levostrannou adrenalectomii po gastroenterologickém vyšetření. Další průběh byl u pacienta komplikován infarktem myokardu, který byl řešen perkutánní koronární intervencí se zavedením stentu a nutnosti minimálně šestiměsíční duální antiagregace. Na další kontrolu se dostavil v březnu 2018, kdy jsme provedli CT břicha a plic s nálezem progresive expanze levé nadledviny na 28 × 36 mm a další



Obr. 1. CT zobrazující nádor levé ledviny

Fig. 1. CT scan showing tumor of left kidney

menší expanze pravé nadledviny, která byla též suspektní z malignity. Žádná další metastatická ložiska nebyla na CT břicha a plic prokázána. Pacienta jsme indikovali k simultánní bilaterální laparoskopické adrenalectomii. Před operací proběhlo endokrinologické vyšetření bez známek hormonální aktivity expanzí nadledvin.

Operaci jsme začali na levé straně v poloze na pravém boku, k vytvoření kapnoperitonea jsme použili v levém hypochondriu Veressovu jehlu, následně jsme zavedli jeden optický 10mm port v levém mesogastriu a tři pracovní 5mm porty. K výkonu jsme použili 10mm kameru Olympus Endoeye Flex 3D, monopolární nůžky, bipolární grasper a harmonický skalpel. Po přerušení adhezí v břišní dutině po předchozí nefrektomii a po mediální mobilizaci colon descendens jsme identifikovali paraaortálně tumorózní expanzi.

Laparoskopickou ultrazvukovou sondou jsme ověřili, že se jedná o tumor v oblasti nadledviny. Po preparaci suprarenální žíly jsme ji přerušili mezi 2 Hem-o-lok™ klipy. Exstirpaci levé nadledviny s metastázou jsme dokončili harmonickým skalpelem, preparát jsme vložili do extrakčního sáčku, do lůžka po adrenalectomii jsme incizí po kaudálním 5mm portu zavedli drén. Po extrakci zbylých dvou 5mm portů a sutuře incizí jsme změnilu polohu pacienta na levý bok. Mediálním portem po levostranné operaci jsme zavedli kapnoperitoneum. V pravém hypogastriu jsme zavedli 10mm optický port a tři pracovní 5mm porty. Po přerušení adhezí omenta a jater jsme pomocí harmonického skalpelu otevřeli peritoneum a Gerotovou fascii. Vypreparovali jsme pravou suprarenální žílu, kterou jsme stejně jako na levé straně přerušili mezi 2 Hem-o-lok™ kli-

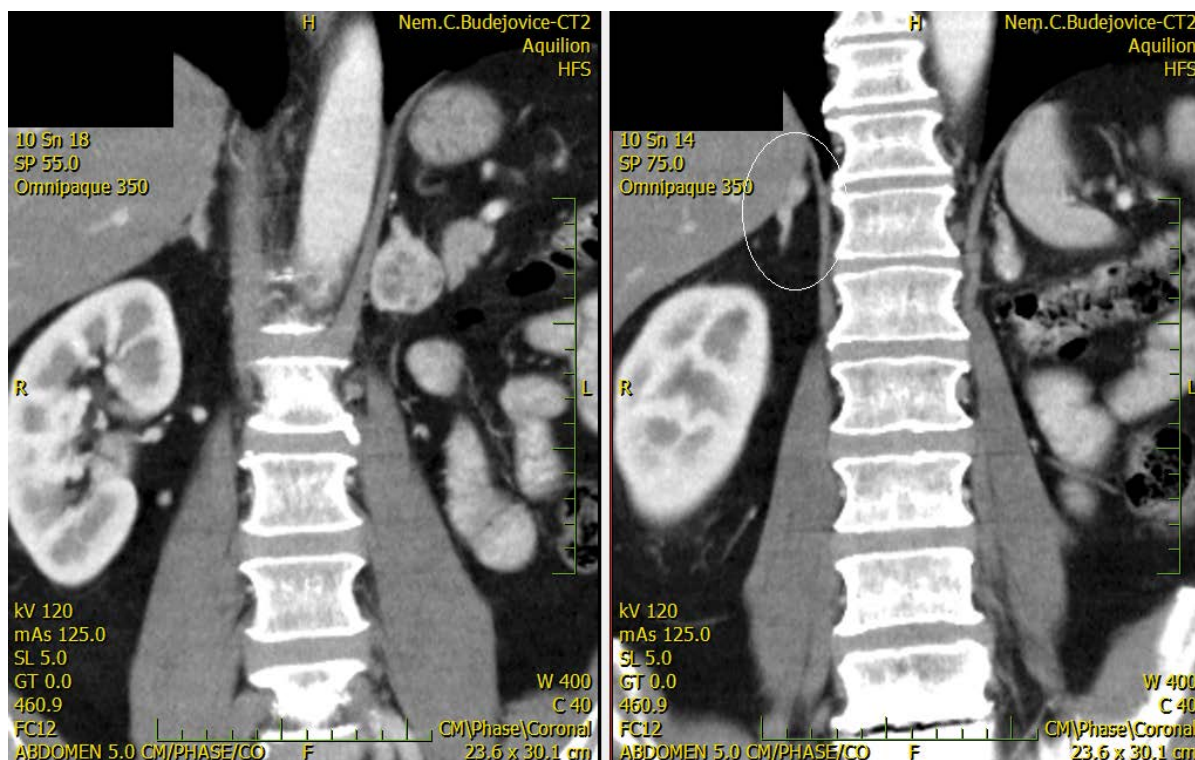
py a dokončili exstirpaci pravé nadledviny. Do lůžka po adrenalektomii jsme zavedli drén. Oba preparáty jsme extrahovali ve stejném sáčku po rozšíření incize kaudálního portu vpravo na 2 cm. Celkově jsme u pacienta použili osm portálních vstupů. Levá nadledvina velikosti 60 × 35 × 30 mm byla téměř v celém rozsahu prostoupená prokrvácenou nádorovou tkání, v pravé nadledvině byla nalezena dvě tumorózní ložiska velikosti 6 a 14 mm. Histopatologické vyšetření prokázalo v obou nadledvinách metastázy světlolobuněčného renálního karcinomu (nukleární grade II). Operace proběhla bez komplikací, trvala 250 minut, krevní ztráty byly 40 ml. Čtyři pooperační dny jsme dle doporučení endokrinologa pacientovi podávali intravenózně hydrokortizon v postupně se snižující dávce, pátý pooperační den jsme přešli na perorální substituční léčbu hydrokortizonem a fludrokortizonem. Pacient byl propuštěn v dobrém celkovém stavu.

V srpnu 2018 proběhlo kontrolní CT plic a břicha. Nově v porovnání s předoperačním CT vyšetřením bylo zjištěno metastatické ložisko velikosti 15 mm

v pravém plicním hilu pod odstupem bronchu pro dolní lalok a podezření na metastatický rozsev perihilózně vpravo – detekovatelné nejméně dvě léze velikosti 8 mm (na CT dle popisu radiologa nebylo možné rozlišit metastatická ložiska plic od postižení perihilózních uzlin). V periférii pravé plíce byly sledovatelné další dvě minimální ložiska. V uroonkologickém týmu byla indikovaná cílená biologická terapie Votrientem (Pazopanib). Vzhledem k perihilózní lokalizaci největšího plicního ložiska a přítomnosti dalších suspektně metastatických lézí v plicním hilu i v periférii pravé plíce nebyla indikovaná resekce plicních ložisek. Při poslední kontrole v lednu 2019 byl pacient ve výborném klinickém stavu, bez nežádoucích účinků biologické terapie. Na scintigrafii skeletu bez metastáz, na CT plic byla patrná regrese velikosti metastatických ložisek.

DISKUZE

Riziko adrenálních metastáz RCC je nízké. Synchronní ipsilaterální adrenalektomie při nefrek-



Obr. 2. CT zobrazující bilaterální metastázy nadledvin

Fig. 2. CT scan showing bilateral adrenal metastases

tomii je indikovaná, jen pokud je předoperačně nebo v průběhu operace suspekce na metastatické postižení nadledviny nebo na přímé šíření nádoru do nadledviny (7). Adrenalektomie pro metastázu RCC může prodloužit přežívání pacientů, kteří nemají jiná metastatická ložiska. Po adrenalektomii stoupá pětileté přežití z 14 % na 38 % (4). Prognóza pacientů s bilaterálními adrenálními metastázami je horší.

Časný záchyt adrenálních metastáz po nefrektomii je prakticky možný jen při pravidelných CT vyšetřeních. V současnosti není shoda ohledně délky dispenzarizace po chirurgické léčbě RCC ani ohledně intervalů zobrazovacích vyšetření. Argumentem pro častější pravidelné radiologické kontroly je fakt, že časný záchyt solitárních nebo nízkce objemových metastáz může umožnit chirurgickou terapii. Chirurgická excize se považuje za standardní terapii v případě resektabilních metastáz RCC, ideálně solitárních. Časný záchyt rekurence RCC může taky zvýšit efektivitu cílené systémové terapie (1). Na druhou stranu low grade pT1a tumory mají téměř vždy po operaci excelentní prognózu, vzhledem k tomu doporučuje Evropská urologická asociace stratifikovat frekvenci CT vyšetření s ohledem na riziko rekurence u jednotlivých pacientů na základě prognostických nomogramů. PET/CT není ve sledování pacientů po chirurgické léčbě RCC doporučované pro nízkou specifitu a senzitivitu, jak se potvrdilo i v případě našeho pacienta.

Laparoskopie má v porovnání s otevřenou operativou několik výhod: nižší pooperační bolestivost, rychlejší rekonvalescence, výrazně menší velikosti operačních ran, menší riziko hernie v jizvě a nižší krevní ztráty (4). Zkušenosti s bilaterální simultánní laparoskopickou adrenalektomií pro metastázu RCC jsou omezené. Byly publikované větší soubory pacientů, kteří podstoupili bilaterální laparoskopickou adrenalektomii pro feochromocytom nebo Cushingovu chorobu, v těchto studiích autoři prokázali bezpečnost a proveditelnost laparoskopického přístupu s minimem komplikací (8).

Alternativou standardní laparoskopické adrenalektomie redukcí množství incizí je jednoportová laparoskopická adrenalektomie (LESS AE). V roce 2016 publikovali Hora et al. soubor 21 LESS AE, výkon zhodnotili jako proveditelný v rukách zkušeného operátora u dobře selektovaných pacientů: štíhlejší lidé, nekomplikované tumory, ideálně na levé straně, bez předchozích operací v břišní dutině (9). Vzhledem k přítomnosti četných adhezí v břišní dutině po předchozí levostranné laparoskopické nefrektomii není prezentovaný pacient ideálním kandidátem k LESS AE.

V případě metastatického renálního karcinomu může cytoredukční chirurgie (nefrektomie nebo excize metastáz při oligometastatickém onemocnění) prodloužit celkové přežití pacientů při cílené systémové biologické terapii (10).

LITERATURA

1. Ljungberg B, Albiges L, Bensalah K, et al. European Association of Urology; Guidelines on renal cell carcinoma. Retrieved from <http://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/> [Accessed November 11, 2018].
2. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Novotvary 2016. <http://uzis.cz/publikace/novotvary-2016> [Accessed November 11, 2018].
3. Gronka L, Poršová M, Kolombo I, et al. Karcinom ledviny – současné trendy. Urol. praxi 2008; 9(3): 120–127.
4. Zografos GN, Farfaras A, Aggeli C, et al. Laparoscopic adrenalectomy for large adrenal metastasis from contralateral renal cell carcinoma. JSLS 2007; 11: 261–265 [PMC free article] [PubMed].
5. Nouralizadeh A, Afyouni A, Shakiba B, Radhi FK. Simultaneous bilateral laparoscopic adrenalectomy for adrenal metastases of renal cell carcinoma: a case report. Journal of Endourology Case Reports 2017; 3: 1, 142–145.
6. Bartoš V. Collision tumor of the kidney composed of clear cell renal cell carcinoma and papillary renal cell carcinoma. A report of a unique case J Res Med Dent Sci 2018; 6(4): 77–80.

7. Peters I, Hora M, Herrmann TR, et al. Incidence of synchronous and metachronous adrenal metastases following tumor nephrectomy in renal cell cancer patients: a retrospective bi-center analysis. Springerplus 2013; 2: 293 [PMC free article] [PubMed].
8. Takata MC, Kebebew E, Clark OH, et al. Laparoscopic bilateral adrenalectomy: results for 30 consecutive cases. Surg Endosc 2008; 22: 202–207 [PubMed].
9. Hora M, Stránský P, Eret V, et al. Jednoportová laparoskopická (LESS) adrenalectomie. Ces Urol 2016; 20(1): 10–12.
10. Ljungberg B. The role of metastasectomy in renal cell carcinoma in the era of targeted therapy. Current urology reports 2013; 14(1): 19–25.

Do České urologie č. 2 / 2019 připravujeme

- Robotická intrakorporální ortotopická neovezika dle Hautmanna
- Miniinvazivní uzávěr vezikovaginální píštěle pomocí robota jednoportovým vstupem
- Zásady chirurgické léčby inkontinence moči u dětí a dospívajících
- Současné trendy při rekonstrukci striktur penilní uretry
- Léčba rektoanastomotických píštěl po laparoskopické radikální prostatektomii
- Miliární plicní BCG-itida: vzácná komplikace intravezikální terapie BCG